OF SURGEONS OF ENGLAND

Sonderabdruck a. d. Archiv f. Gynäkologie, Bd. XLII, Heft 3.

12.

Ueber Ascites in gynäkologischer Beziehung.

Von

A. Gusserow.

Es dürfte eine hinlänglich bekannte Thatsache sein, dass Fälle von hochgradigem Ascites beim weiblichen Geschlechte nicht selten beobachtet werden, die im Zusammenhange mit dem Genitalapparate oder bestimmten, wie es scheint beim Weibe häufiger vorkommenden Erkrankungen des Peritoneum stehen. Diese Fälle haben das Gemeinsame, für den Erfahrenen gleich Charakteristische, dass zunächst eben sich nichts als freier Ascites, oft in erstaunlichem Grade, nachweisen lässt. Es fehlen vor allen Dingen die Oedeme anderer Körpertheile, wie Beine, Bauchdecken, äussere Geschlechtstheile, so dass die Kranken oft genug zum Skelett abgemagert mit ungemein stark aufgetriebenem Leibe sich dem Arzte vorstellen, der zunächst an einen Tumor abdominis im modernen Sinne, d. h. eine Neubildung im Abdomen, denkt. Es dürfte überflüssig sein, hier die diagnostischen Merkmale des freien Ascites weiter auseinanderzusetzen. Nur das möge gleich hier bestimmt hervorgehoben werden, dass das ausschliesslich Charakteristische dieser Fälle darin besteht, dass jede andere Ursache für die Entwicklung von Ascites mit Sicherheit ausgeschlossen werden muss. Es muss also durch eine sehr sorgfältige diagnostische Untersuchung festgestellt werden, dass die Kranke keinerlei Erscheinungen einer Erkrankung des Circulationsapparates, der Leber oder der Nieren zeigt. Nur die Fälle, wo dies alles mit Bestimmtheit ausgeschlossen ist, sind diejenigen, die meist in das Gebiet der Gynäkologie fallen.

Soweit ich übersehen kann, bestehen nun unter den Gynäkologen von Fach kaum erhebliche Differenzen über die Behandlung dieser Fälle, um so weniger ist aber von den Aerzten und den Klinikern die alte Methode, diese Fälle zu behandeln, verlassen worden; oft genug zum Schaden der Kranken. Es besteht noch immer die Ansicht, man müsse in den betreffenden Fällen erst durch eine Punction die Diagnose über die Ursache des Ascites

feststellen, und man fährt dann ebenso häufig auf diesem falschen Wege fort, indem man auf Grund der so gestellten Diagnose auch die weitere Behandlung des Falles in immer erneuten Punctionen bestehen und damit die meisten der so behandelten Kranken unrettbar dem Tode verfallen lässt.

Durch eine kurze Darlegung meiner Erfahrungen über diese Fälle von freiem Ascites und ihre Ursachen hoffe ich zu zeigen, dass die Punction in jeder Beziehung als unrichtig anzusehen ist. So wenig, wie es heutzutage noch einem Gynäkologen einfallen wird, an dem Grundsatze festzuhalten, den ich selbst im Anfange meiner klinischen Thätigkeit noch gelehrt habe, dass zur Diagnose einer Ovarialgeschwulst eine Probepunction nöthig sei, so wenig darf meiner Meinung nach heutzutage noch die Punction des freien Ascites bei den in Rede stehenden Fällen zur Anwendung kommen. Diese Anschauung habe ich seit Jahren schon in meiner Klinik gelehrt und danach gehandelt. Es gilt dies sowohl von der sogenannten Probepunction, als von der Punction, bei der, soweit möglich, die Gesammtmenge der angesammelten Flüssigkeit abgelassen wird. Die Probepunction, mit einer Pravaz'schen Spritze vorgenommen, soll bekanntlich durch mikroskopische und chemische, resp. physikalische Untersuchung der gewonnenen Flüssigkeitsmenge zu einer Diagnose über die Art des Ascites, resp. seines Ursprunges führen. So vielfache und interessante Arbeiten in dieser Beziehung aus früheren Jahrzehnten vorliegen, so dürfte doch meine Behauptung wenig Widerspruch finden, dass gerade in allen zweifelhaften, diagnostisch schwierigen Fällen — und dazu gehören, wie wir sehen werden, fast alle „gynäkologischen" Fälle von freiem Ascites — diese Methode uns mehr oder weniger vollständig im Stiche lässt. Mehr Sinn hat dagegen schon diejenige Methode der Punction, bei welcher, soweit möglich, die gesammte Flüssigkeit abgelassen wird. Hierbei ist es wenigstens möglich, nun eine genaue Palpation der Bauch- und Beckenorgane vorzunehmen, die durch die plötzlich erschlafften Bauchdecken sogar sehr erleichtert ist, und auf diese Weise sich unter Umständen eine Vorstellung über die Ursache des Ascites zu bilden. Dass auf diese Weise aber oft eine genaue Diagnose doch nicht möglich ist oder, was noch weit schlimmer, dass die auf diese Weise gewonnene Ansicht eine falsche, für die Kranke in ihren Consequenzen nachtheilige sein kann, das denke ich durch die nachfolgenden Auseinandersetzungen darzulegen.

Ich möchte aber gleich dieses Moment, die Unsicherheit der Diagnose, als Haupteinwand gegen die Punction hier hervorgehoben wissen und die anderen dagegen geltend zu machenden Gründe nur als mehr nebensächliche bezeichnen. Wenn bei der einfachen Punction des Abdomen alle Vorsichtsmaassregeln der Asceptik resp. Antiseptik befolgt werden, so dürften Folgezustände, wie ich sie früher nicht nur in fremder, sondern auch in eigener Praxis beobachtet habe, nicht mehr eintreten — kommen aber trotzdem hier und da noch vor. Als derartige Folgen der Punction sind zu nennen: Erysipelas der Bauchdecken von der Stichwunde ausgehend und septische Peritonitis. Bedeutungsvoller und nicht mit Sicherheit zu vermeiden ist die Verletzung von Gefässen bei der Punction, die besonders bei gewissen Tumoren der Bauchhöhle zu inneren Blutungen führen kann. Endlich ist noch der Umstand hervorzuheben, dass bei einer Punction es nahezu unmöglich ist, die Gesammtmenge der angesammelten Flüssigkeit zu entleeren, ein Umstand, der gewiss nicht ohne Bedeutung bei einer Wiederansammlung von ascitischer Flüssigkeit ist.

Seit einer Reihe von Jahren habe ich nie mehr die Punction ausgeführt, sondern in allen geeigneten Fällen eine Incision zunächst von etwa 6 cm Länge in der Mittellinie des Abdomen gemacht. Eine solche Incision ist gewiss ebenso ungefährlich wie die Punction, sie erlaubt aber zunächst eine vollständige Entleerung der vorhandenen Flüssigkeitsmenge, da man nöthigenfalls dieselbe durch die Bauchwunde hindurch mit Schwämmen austupfen kann. Vor allen Dingen erlaubt aber die Incision sowohl durch das Auge als mit den tastenden Fingern genau zu erforschen, welcher Art die örtliche Erkrankung ist, durch welche der Ascites bedingt ist, und damit gleichzeitig die Entscheidung zu treffen, wie weit ein operativer weiterer Eingriff gerechtfertigt resp. ausführbar ist — der naturgemäss sich dann gleich an die Incision anschliessen muss. Will man dieses Vorgehen als Probeincision bezeichnen, so ist dagegen wohl nicht viel einzuwenden — es unterscheidet sich aber von den sonst wohl bei Abdominaltumoren vorgenommenen „Probeincisionen“ in etwas dadurch, dass immerhin durch dasselbe ein wesentlicher Theil der symptomatischen Therapie in den Fällen, wo eine radikalere Operation nicht ausführbar erscheint, nämlich die Entleerung der Flüssigkeit, erfüllt wird.

Die hier in Betracht kommenden Fälle lassen sich in mehrere grössere, ganz von einander verschiedene Gruppen sondern.

I.

Fälle von freiem Ascites, bedingt durch sogenannte „tuberkulöse" Peritonitis.

Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser kleinen Arbeit, die einschlagenden Fälle aus der Literatur zusammenzustellen — es würde aber auch nach den Arbeiten von Fehling (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1887), König und Anderen sich wohl noch der Mühe lohnen, alle diejenigen Fälle von sogenannter tuberkulöser Peritonitis, die in nicht kleiner Zahl in der Literatur zerstreut sind, zu sichten. Meist handelt es sich um jugendliche Individuen, die an hochgradigem Ascites leiden, ohne dass eine Ursache für denselben aufzufinden ist, bei denen aber auch keineswegs oft Tuberkulose sonst nachweisbar ist. Bei der Laparatomie findet man das Peritoneum viscerale und parietale mit zahllosen kleinen Knötchen von weisslich grauer, leicht röthlicher Färbung bedeckt, deren Grösse von Stecknadelspitze bis Linsengrösse schwankt. Wenn ich nun auch keineswegs leugnen will, dass es sich oftmals in diesen Fällen um wirkliche Tuberkulose des Bauchfelles handelt, so ist doch eine generelle Bezeichnung dieser Fälle als Peritonitis tuberculosa entschieden unrichtig, wenn man die Bezeichnung Tuberculum im heutigen Sprachgebrauche für ein specifisches Knötchen anwendet. Die Bezeichnung Peritonitis nodosa würde vielleicht die beste sein. Aus der Literatur lässt sich eine nicht kleine Zahl von Fällen der Art sammeln, in denen die genaueste histologische Untersuchung gezeigt hat, dass es sich nicht um tuberkulöse Erkrankung im heutigen Sinne gehandelt hat. Meine persönlichen Erfahrungen über diese Fälle sind nur äusserst geringe. Von zwei derartigen Fällen besitze ich leider gar keine Aufzeichnungen. Der erste ist vor ungefähr 20 Jahren von mir beobachtet. Es handelt sich um ein jugendliches Individuum, welches keinerlei Erscheinungen von Phthisis zeigte und nur an einem hochgradigen Ascites litt, der, soviel ich mich entsinne, mehrere Mal bereits punctirt war. Bei der Laparatomie fand ich das oben geschilderte Bild der Peritonitis nodosa zum ersten Male. In der Meinung, dass es sich um wirkliche Tuberkulose handelte, entleerte ich die Gesammtflüssigkeit und stellte für den weiteren Verlauf eine ungünstige Prognose. Um so mehr war ich überrascht, die Kranke nach längerer Zeit in vollständigem Wohlbefinden anzutreffen. In einem ähnlichen Falle, der mir

einige Jahre später zur Beobachtung kam, excidirte ich nach Eröffnung der Bauchhöhle und Entleerung der Flüssigkeit einige der Knötchen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich dieselben aus Bindegewebswucherungen bestehend, frei von centraler käsiger Erweichung, frei von Riesenzellen. (Die Tuberkelbacillen waren noch nicht entdeckt.) Auch diese Kranke genas vollständig. Der dritte hierher gehörige Fall ist folgender:

Fall 1. Frau B., 53 Jahre alt, wurde am 29. Juli 1891 auf meine Klinik aufgenommen. Patientin hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 10 Jahren. Seit 6 Jahren befindet sie sich in der Menopause. Bis zum Mai 1891 ganz gesund, bemerkte Patientin um diese Zeit eine Zunahme ihres Leibesumfanges, zunächst ohne wesentliche Beschwerden, allmälig bei immer zunehmender Ausdehnung des Leibes Schmerzen im Kreuze und im Abdomen. Kein Fieber. Patientin war anderweitig lange behandelt worden, kam in elendem, kachektischen Zustande zu uns. Die Ausdehnung des Leibes war durch hochgradigen Ascites bedingt. Lungen, Herz, Nieren zeigten keinerlei krankhafte Veränderungen, die Leberdämpfung nur durch den Ascites etwas verändert. Tumoren liessen sich weder bei innerer noch äusserer Untersuchung durchpalpiren. Der grösste Umfang des Leibes betrug 108 cm. Bei der am 3. August vorgenommenen Laparatomie entleerte sich eine grosse Menge (4 Liter wurden aufgefangen) klarer, gelblicher Ascites-Flüssigkeit, ohne alle fremde Beimischungen, ohne spontane Gerinnung, 1020 spec. Gewicht. Sämmtliche Abschnitte des Peritoneum, Darmserosa, Netz, Peritoneum parietale, seröser Ueberzug des Genitalapparates u. s. w. waren mit unzähligen submiliaren, miliaren, bis kleinerbsengrossen Knötchen bedeckt, von eigenthümlich grauröthlichem, wenig durchscheinendem Aussehen. Das Peritoneum war überall stark injicirt, ein Tumor liess sich nirgends entdecken. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Gewebsstücke zeigte überall kleinzellige Wucherungen mit reichlicher Vaskularisirung, nirgends Riesenzellen, nirgends Tuberkelbacillen.

Die Kranke genas langsam, konnte sich nur schwer erholen, ist aber schliesslich seit längerer Zeit vollständig gesund.

Es liegt auf der Hand, dass in allen diesen Fällen eine Punction des Abdomen gar keinen Werth hat. Es wird auch nach völliger Ablassung der Flüssigkeit nicht möglich sein, die Diagnose zu stellen (wenn man sie nicht bei negativem Palpationsergebniss errathen will), ohne das Abdomen geöffnet zu haben. Dass durch diese Incision Heilungen bei nicht wirklich bacillärtuberkulöser Peritonitis herbeigeführt sind, ist zweifellos; ob durch eine einfache oder wiederholte Punction aber stets Heilung möglich ist, erscheint jedenfalls zweifelhaft. Noch klarer und bestimmter dürfte der Vorzug der Laparatomie vor der Punction

in der zweiten Hauptgruppe der hierher gehörigen Fälle hervortreten, nämlich bei dem:

II.

Ascites, bedingt durch Papillome der Ovarien.

Unter Papilloma ovarii, oder vielleicht besser Oberflächenpapillom der Eierstöcke, verstehen wir bekanntlich eine eigenthümliche Erkrankung der Ovarien, die in einer massenhaften Wucherung zierlicher bindegewebiger Zotten besteht, die von der Oberfläche der Eierstöcke ausgehen, während das eigentliche Ovarialstroma entweder verdickt oder annähernd normal gefunden wird. Diese Fälle werden nicht immer genau genug von denjenigen auch verhältnissmässig seltenen Zuständen gesondert, bei denen ein papilläres Kystoma ovarii an einer Stelle geborsten ist und nun ein freies Wachsthum der papillären Wucherung in das Cavum abdominis hinein stattgefunden hat. Bei dem Oberflächenpapillom der Ovarien ist nun charakteristisch, dass fast ausschliesslich beide Ovarien erkrankt sind, und dass das Hauptsymptom der Erkrankung in schneller Ansammlung grosser Mengen freier ascitischer Flüssigkeit besteht, die sich nach Punction immer wieder schnell ersetzt und so, wenn keine weitere Hülfe der Kranken zu Theil wird, zum Tode des Individuums führt. Die Geschwülste sind dabei meistens so klein und so weich, dass sie selten durch Palpation, auch nach der Punction des Abdomen, zu fühlen sind. Die erste Beobachtung dieser Art, die überhaupt in der Literatur vorliegt, dürfte der von Eberth und mir im Jahre 1867 beobachtete und in Virchow's Archiv, Bd. XLIII im Jahre 1868 beschriebene Fall sein. Er zeigt schon alle die geschilderten Eigenthümlichkeiten.

Es handelte sich um eine 34jährige Person, die an hochgradigem Ascites seit etwa $1^1/_2$ Jahren litt, der wiederholt auf den Kliniken der Herren Biermer, Billroth und Breslau punctirt war, ohne dass irgendwie die Ursache für denselben hatte festgestellt werden können. Es hatte sich eine Nabelhernie entwickelt, bei der die bedeckende Haut so verdünnt war, dass sie bei einem gewissen Grade der Flüssigkeitsansammlung spontan platzte und die ascitische Flüssigkeit abfloss. Die Kranke half diesem Vorgange einige Male durch Erweiterung der kleinen Hautwunde nach. Dabei geschah es, dass die Wunde sich im November 1867 erweiterte und ein grosses Convolut Darmschlingen hervortrat. Bei der Aufnahme in meine Klinik lag die grösste Menge des Dünndarmes mehr oder weniger missfarbig auf den Bauchdecken. Nach Erweiterung der Wunde gelang es, die Därme zum Theil zu reponiren; eine schon gangränöse Stelle riss dabei ein

und wurde in der Bauchwunde fixirt. Die Kranke starb einige Stunden danach. Bei der Section fand sich die oben geschilderte Affection beider Ovarien.

Seitdem hatte ich Gelegenheit, noch folgende ähnliche Fälle zu beobachten.

Fall 2. Frau R., 34 Jahre alt, hatte vor 2 Jahren eine Anschwellung des Leibes bemerkt, war mehrere Male punctirt worden, wobei sich grosse Mengen Flüssigkeit entleert haben sollen. Dann ist auch einmal nach Angabe der Kranken von einem Arzte eine Laparatomie vorgenommen, wobei Geschwülste festgestellt worden seien, die sich als unentfernbar erwiesen hätten. Als die Kranke auf meine Klinik kam, hatte sie einen äusserst stark ausgedehnten Leib, in welchem sich nichts weiter als freie Flüssigkeit nachweisen liess. Da Patientin eine erneute Laparatomie verweigerte, entleerte ich durch Punction 5000 g einer klaren serösen Flüssigkeit, in der sich nichts Charakteristisches nachweisen liess. Die doppelte Untersuchung nach der Punction liess nicht mit Sicherheit irgendwelche pathologischen Zustände im kleinen Becken erkennen. Nach etwa 10 Wochen hatte sich die Flüssigkeit wieder in grossen Mengen angesammelt, so dass 12 000 ccm durch Punction entleert wurden. Als nun nach sechs Wochen bei immer zunehmendem Kräfteverfalle das Abdomen wiederum bis zur Unerträglichkeit für die Kranke ausgedehnt war, gab dieselbe endlich ihre Zustimmung zur Laparatomie, bei der sich zunächst 1800 ccm Flüssigkeit entleerten und dann zwei kleinfaustgrosse papilläre Tumoren der Ovarien, deutlich gestielt am Uterus ansitzend, sehr leicht abgetragen werden konnten. Leider starb die sehr heruntergekommene Patientin etwa 10 Stunden nach der leicht verlaufenen Operation unter den Erscheinungen des Collapses. Die Section ergab nur Zeichen einer beginnenden septischen Peritonitis, die sich vielleicht aus einem nachträglich festgestellten Fehler in der Antiseptik seitens des Personales erklären liess.

Fall 3. Frau H., 39 Jahre alt, hat vier Mal geboren, will bis auf einen vor Jahren überstandenen Typhus stets gesund gewesen sein. Im Verlaufe der letzten $1^1/_2$ Jahre bemerkte Patientin im Anschluss an eine als Perimetritis aufgefasste Erkrankung eine allmälige Zunahme ihres Leibes ohne wesentliche sonstige Krankheitserscheinungen. Bei der Aufnahme (6. Juni 1888) ist das Abdomen erheblich ausgedehnt (grösster Umfang 99 cm). Es lässt sich mit Leichtigkeit eine bedeutende Wasseransammlung im Abdomen constatiren. Da seitens des Herzens, der Leber, der Nieren keine Erklärung für den freien Ascites zu finden ist, Oedeme nirgends bestehen, Tumoren im Abdomen nicht nachzuweisen sind, wird am 13. Juni die Laparatomie vorgenommen. Nachdem sich aus der kleinen Incisionswunde eine grosse Menge klarer Flüssigkeit (5200 ccm wurden aufgefangen) entleert hatte, konnte man in der Tiefe des kleinen Beckens Tumoren wahrnehmen. Nach gehöriger Erweiterung der Bauchwunde zeigte sich das linke Ovarium in ein kleinfaustgrosses zierliches Papillom um-

gewandelt, während rechts ein kleinkindskopfgrosser Ovarialtumor, der sich in das breite Mutterband hinein entwickelt hatte, vorhanden war. Das linksseitige Papillom hatte einen ziemlich breiten Stiel und konnte leicht abgetragen werden. Grosse Schwierigkeiten machte dagegen die Entfernung des intraligamentären Tumors der rechten Seite. Derselbe ging tief in den Douglas hinein, war hier besonders mit dem Darme so fest verwachsen, dass Reste der Geschwulst am Rectum zurückgelassen werden mussten, die dann, da es aus ihnen stark blutete, noch durch Suturen in der Tiefe vernäht werden mussten.

Am 3. Tage nach der Operation stellten sich Erscheinungen der septischen Peritonitis ein, der die Kranke am sechsten Tage erlag. Als Ursache hierfür musste eine kleine Perforationsöffnung zwischen Rectum und den Resten der Cystenwand angesehen werden, die wohl unzweifelhaft schon bei der Vernähung der Cystenreste entstanden war.

Fall 4. Frau F., 55 Jahre alt, hat nie geboren, nie abortirt, wird aus der Irrenanstalt Dalldorf, in der sie seit sechs Jahren wegen Paranoia chronica sich befindet, der Klinik zugeführt (12. Nov. 1890). Während die Menopause bei der Kranken 1884 eingetreten war, haben sich in letzter Zeit einige geringe Blutungen aus dem Uterus eingestellt, gleichzeitig ist ein rasch zunehmender Umfang des Leibes constatirt worden. Die Kranke war auf einer anderen Abtheilung der Charité in gewöhnlicher Weise punctirt worden — es sollen sich $^3/_4$ Liter einer blutig serösen Flüssigkeit entleert haben und aus der Stichwunde ist weiter eine nicht unerhebliche Menge Flüssigkeit ausgesickert. Bei der ersten Untersuchung auf der gynäkologischen Klinik konnte festgestellt werden, dass eine erhebliche Menge freier Flüssigkeit sich in der Bauchhöhle befand. Tumoren waren in keiner Weise zu finden. Keine Oedeme. Herz, Nieren, Leber zeigten nichts Abnormes. Da der Ascites in wenig Tagen deutlich zunahm, wurde am 26. November 1890 die Laparatomie vorgenommen. Es entleerten sich zunächst über 2 Liter leicht trüber, seröser (nicht blutig tingirter) Flüssigkeit, und dann zeigte sich an Stelle des rechten Ovarium ein kleinkindskopfgrosser höckeriger Tumor, dessen Aussenfläche dicht mit papillösen Wucherungen bedeckt war, die beim Herausheben der Geschwulst leicht abbröckelten. Im Innern der Geschwulst fanden sich einige kleine Cysten mit blutig serösem Inhalt, auf deren Innenwand keine papillösen Wucherungen zu sehen waren. Nachdem eine ausgedehnte Verklebung der Geschwulst mit dem Mesenterium des Dünndarmes mühsam gelöst war, gelang die Durchtrennung des dünnen Stieles und die Entfernung des Tumors sehr leicht. Das linke Ovarium war kleinapfelgross an seiner ganzen Oberfläche, dicht mit zahllosen blumenkohlartigen Wucherungen bedeckt und konnte leicht entfernt werden. Patientin machte eine ungestörte Reconvalescenz durch und konnte am 18. December 1890 als gesund nach Dalldorf zurück verlegt werden. Es war nichts von Neubildung im Abdomen, auch kein Ascites nachweisbar. Die Bauchnarbe war fest, das körperliche Allgemeinbefinden sehr gut. Am 16. December 1891 — also nach einem Jahre — ist uns aus Dalldorf gütigst berichtet, dass die Kranke

schwach sei und sich neue Geschwulstmassen im Abdomen gebildet zu haben scheinen.

Fall 5. Frau D., 42 Jahre alt, hat nie geboren und ist bis auf einen Typhus im Jahre 1875 stets gesund gewesen. Seit Frühjahr 1890 fing Patientin an zu kränkeln mit Kopfschmerzen, Uebelkeit, zeitweisem Erbrechen und bemerkte seit October 1890 ein schnelles Stärkerwerden des Leibes ohne Schmerzen. Am 6. Juli 1891 konnte mit Leichtigkeit eine bedeutende Ansammlung freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachgewiesen werden; Umfang des Leibes 96 cm. Kein Tumor durchfühlbar. Keine Oedeme. Herz, Leber, Nieren boten keinerlei Krankheitssymptome dar. Laparatomie am 7. Juli. Aus der Bauchwunde entleeren sich etwa 5 Liter klarer gelblicher Flüssigkeit. Das kleine Becken ist von einer grossen Masse zierlicher blumenkohlartiger Wucherungen ausgefüllt, die bei Berührung leicht abbröckeln und scheinbar von der Oberfläche des Uterus und der Beckenwandungen ausgehen. Die Entfernung ist mühsam, da die Massen zerbröckeln, bluten. Es stellt sich dabei heraus, dass das Gebilde rechts gestielt dem Uterus ansitzt und die massenhaften papillösen Wucherungen nur mit ihrer Oberfläche leicht mit dem Uterus und den Beckenwandungen verklebt waren. Die Geschwulst zeigte im Innern einzelne kleine erbsen- bis haselnussgrosse Cysten und ging zweifellos von der Oberfläche des Ovarium aus. Die Entfernung war nach Durchtrennung des Stieles leicht. Ganz dasselbe Bild bot der linke Eierstock, der eine etwa kleinfaustgrosse papilläre Wucherung darstellte und auch leicht entfernt werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Massen ergab, dass jede einzelne Zotte aus feinem, sehr gefässreichen Bindegewebe bestand und nach aussen von einem zierlichen Cylinderepithel, an welchem keine Flimmerhaare zu sehen waren, bedeckt war. Irgendwelche anderweitige Zellwucherungen waren nicht zu constatiren. An vielen Stellen waren die Papillen mit einander in gewisser Ausdehnung verklebt, so dass sich geschlossene Hohlräume zwischen den einzelnen Papillen gebildet hatten. Die entleerte Flüssigkeit hatte ein spec. Gewicht von 1020 und gerann vollständig beim Kochen. Die Kranke machte eine ungestörte Reconvalescenz durch und konnte am 3. August geheilt entlassen werden.

Die vier Fälle dieser seltenen Erkrankung der Ovarien dürften gewiss überzeugend beweisen, wie richtig es ist, sich bei Ascites des weiblichen Geschlechtes „ex causa ignota“ nicht auf die Punction zu beschränken. In keinem dieser Fälle war es möglich, vor Eröffnung der Bauchhöhle die Natur der Erkrankung festzustellen, ja in dem Falle Nr. 4, wo von anderer Seite eine Punction vorgenommen worden, hätte man aus der blutig serösen Beschaffenheit der entleerten Flüssigkeit vielleicht den Schluss machen können, dass es sich um unheilbare miliare Carcinose des Peritoneum handele und jeden Versuch eines operativen Eingriffes als hoffnungs-

los und daher unnütz betrachten können. Die blutige Beimischung der Flüssigkeit war entschieden nur Folge der Punction, denn die bei der Laparatomie abfliessende Flüssigkeit war klar. Dass in den beiden ersten Fällen (Nr. 2 und 3) der Tod infolge der Operation eintrat, ist gewiss sehr beklagenswerth, allein hat mit der Art der Erkrankung sicher nichts zu thun, da in dem einen Falle die hochgradige Erschöpfung durch die vorangegangene Punction und im anderen Falle die septische Peritonitis durch unglückliche Zufälligkeiten bedingt waren. Wäre dieser Fehler nicht vorgekommen, so wären die Kranken ebenso gut wie die anderen genesen, und zwar vielleicht dauernd — denn bis jetzt bestehen keine ausgedehnten Erfahrungen, wie weit diese Papillome der Ovarien nach ihrer Entfernung noch auf dem Peritoneum recidiviren können, während umgekehrt gerade der erstere Fall der Art, der überhaupt klinisch beobachtet ist, den ich oben angeführt, beweist, dass ohne Entfernung der erkrankten Ovarien doch der Tod durch die immer von Neuem entstehende Ansammlung von ascitischer Flüssigkeit sicher eintritt.

Bei weitem häufiger ist nun aber der freie Ascites, bedingt durch Carcinom der Ovarien oder des Peritoneum.

III.

Ascites, bedingt durch Carcinom der Ovarien oder des Peritoneum.

In diesen Fällen könnte es nun scheinen, als ob die Incision des Abdomen überflüssig wäre — kann man doch in der That oft genug schon die knolligen Tumoren durchfühlen, besonders aber meistens leicht, wenn eine Punction nach alter Weise vorausgegangen ist. Allein auch in diesen Fällen scheint es mir ein grosser Fehler zu sein, die Incision zu unterlassen. Zunächst kann man nicht mit Sicherheit aus dem Vorhandensein höckeriger Tumoren bei Ascites den Schluss machen, carcinomatöse Geschwülste vor sich zu haben, dies kann nur nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Inspection entschieden werden. Aber auch, wenn man allen Grund hat zu der Annahme einer carcinomatösen Erkrankung, ist doch die Eröffnung der Bauchhöhle die einzige Möglichkeit, um sicher zu entscheiden, ob eine Exstirpation der erkrankten Ovarien noch möglich oder rationell ist. Darüber, dass carcinomatös entartete Ovarien trotz der bekannten schlechten Prognose entfernt werden müssen, wenn die Erkrankung noch nicht auf das Peritoneum

übergegangen ist, dürfte wohl kaum noch ein Meinungsunterschied bestehen, da wir doch längst als allgemein anerkannten Grundsatz aufstellen, dass jedes Carcinom resp. jedes maligne erkrankte Organ entfernt werden muss, wenn die Entfernung noch im gesunden Gewebe möglich ist. Wie nun bei Carcinom der Ovarien der Zustand des Peritoneum ist, lässt sich aber nur durch Laparatomie feststellen. Wenn es nun auch manchmal scheint, als wenn nach einer derartigen unnütz vorgenommenen Laparatomie der Verlauf der Krankheit ein schnellerer ist, der Tod bald nach dem Eingriffe statt hat, so müssen diesem scheinbar ungünstigen Einflusse der Operation diejenigen Fälle entgegengehalten werden, wo erst die Laparatomie nachweist, dass es sich gar nicht um bösartige Tumoren gehandelt hat, oder wo die rechtzeitige Entfernung der Geschwulst einen erheblichen Stillstand im Verlaufe der Erkrankung herbeiführte. Ja in einzelnen Fällen der Art erschien es mir, als wenn der Verlauf ein relativ günstiger, verlangsamter war, auch wenn nach Entfernung der erkrankten Ovarien einige Krebswucherungen auf dem Peritoneum zurückblieben, ja manchmal trat ein verlangsamter Verlauf nach der Incision ein, auch ohne dass ein weiterer Eingriff sich daran schloss.

Die folgenden in diese Gruppe gehörenden Fälle werden das eben Gesagte am besten erhärten, ich will dieselben nur in aller Kürze mittheilen.

Zunächst sollen die Fälle von maligner Erkrankung der Ovarien angeführt werden, bei denen es gelang, alles Krankhafte zu entfernen. Es sind dies drei Fälle, von denen zwei nach der Laparatomie und Entfernung der erkrankten Organe geheilt entlassen werden konnten. Eine Kranke genas zwar von dem operativen Eingriffe, ging aber an allgemeiner Sarkomerkrankung nach zwei Monaten zu Grunde. Selbstverständlich habe ich eine weit grössere Zahl von malignen Ovarialtumoren als diese operirt, dieselben sind aber hier nicht hergehörig, da es Fälle betraf, bei denen eine Ovarialgeschwulst vorher diagnosticirt war und die Indication zur Operation abgegeben hatten, während hier nur die Fälle besprochen werden sollen, bei denen zunächst keine andere Diagnose als „freier Ascites“ möglich war.

Fall 6. Frau W., 39 Jahre alt, aufgenommen am 26. Januar 1887. Patientin hat drei Mal leicht geboren, stets gesund gewesen. Seit längerer Zeit bemerkt dieselbe starke Abmagerung des Gesammtkörpers, seit drei Wochen Auftreibung des Leibes ohne Schmerzen, wohl aber mit zunehmenden Athembeschwerden. Die Auf-

treibung des Leibes ist durch starken Ascites bedingt — Trotz desselben gelingt es bei der Palpation zu beiden Seiten des Uterus undeutliche höckerige Tumoren durchzufühlen. Laparatomie am 29. Januar. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich mehr als 4000 ccm hellgelber Flüssigkeit (spec. Gewicht 1018, stark eiweisshaltig). Rechts präsentirt sich ein etwa kindskopfgrosser fester Tumor, der gestielt dem Uterus ansitzt und leicht abgebunden werden kann. Links eine gleiche etwa faustgrosse Geschwulst, die dem Uterus etwas mehr breitbasig aufsitzt und mit der Umgebung leicht verwachsen ist. Die Entfernung derselben macht auch keine besonderen Schwierigkeiten. Beide Geschwülste den Ovarien entsprechend, enthalten keine Cysten, sondern zeigen makroskopisch ein markiges Aussehen.

Histologische Diagnose: Fibrosarkom beider Ovarien. Ungestörte Heilung.

Fall 7. M. G., 20 Jahre. Aufgenommen am 18. August 1891. Ein Mal geboren. Vor drei Monaten erkrankte Patientin mit heftigen Leibschmerzen, so dass sie das Bett hüten musste. Nachdem sich dieselbe nach vier Wochen erholt hatte, bemerkte sie seit 8—10 Wochen eine wachsende Zunahme ihres Leibes, die ihr anfänglich keine Beschwerden gemacht hat, jetzt aber seit einigen Tagen Athembeschwerden verursacht. Der Leib ist stark aufgetrieben (110 cm Umfang). Freier Ascites deutlich nachweisbar, kein Tumor durch Palpation weder von den Bauchdecken noch per vaginam zu entdecken. Laparatomie am 19. August. 4—6 Liter ascitische Flüssigkeit entleeren sich bei Eröffnung der Bauchhöhle und es präsentirt sich sofort ein etwa faustgrosser Tumor, der rechts dem Uterus ansitzt und sich zwischen die Platte des rechten breiten Mutterbandes entwickelt hat, dabei allseitig mit der Umgebung verwachsen ist. Die Entfernung desselben ist sehr schwer, weil er aus ganz weichem, sofort zerreissenden markigen Gewebe besteht und stark blutet. Linkes Ovarium gesund. Der Tumor erweist sich als Spindel- und Rundzellen-Sarkom des rechten Ovarium. Patientin übersteht zwar die Operation ganz gut, erholt sich aber durchaus nicht und geht unter den Erscheinungen der chronischen Peritonitis (ohne Ascites) und des allgemeinen Marasmus nach zwei Monaten zu Grunde.

Section: Allgemeines Sarkom des Peritoneum, Omentum, der retroperitonealen Lymphdrüsen, des Sternum.

Fall 8. Fr. St., 47 Jahre alt, ein Mal geboren. Aufgenommen am 22. November 1889. Bis zum Frühjahre stets gesund gewesen, bemerkt Patientin seitdem eine immer wachsende Zunahme des Leibes bei allgemeiner Abmagerung, Appetitlosigkeit und Schwäche. Dabei trat ein Prolapsus der hinteren Scheidenwand ein. Umfang des Leibes 96 cm, prall gespannt. Mit Leichtigkeit lässt sich freier Ascites in grosser Ausdehnung feststellen, durch welchen auch die Scheidenwand nach abwärts getrieben ist. Anderweitige krankhafte Erscheinungen fehlen vollständig. Keine Oedeme. Es lässt sich nichts im Adomen durchfühlen. Laparatomie am 26. November. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine grosse Masse freier ascitischer Flüssig-

keit (5 Liter wurden aufgefangen). Im Abdomen findet sich nichts Abnormes ausser einem etwa zweifaustgrossen, mässig festen, stellenweise weichen, höckerigen Tumor, der dem linken Ovarium angehört und der als Carcinom desselben gedeutet wurde. (Später durch histologische Untersuchung bestätigt.) Die Entfernung desselben gelingt ohne zu grosse Schwierigkeiten. Der Uterus wird in der Bauchwunde fixirt. Ungestörte Heilung.

Anhangsweise dürfte hier noch ein Fall anzuführen sein, bei welchem es gelang, die maligne Geschwulst zu entfernen, die allerdings nicht vom Genitalapparat ausging.

Fall 9. Frau Eh., 38 Jahre alt, zwei Mal geboren. Gesund bis August 1885, von wo ab sie eine Zunahme ihres Leibes und Schmerzen in demselben bemerkt. September 1885 lässt sich bei der elend aussehenden Kranken freier Ascites nachweisen und ein undeutlicher höckeriger Abdominaltumor. Bei der Laparatomie (23. September) entleerte sich zunächst eine grosse Menge freier, blutig seröser Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Die mannskopfgrosse Geschwulst war allseitig mit den Därmen und zum Theil mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Uterus und Ovarien waren normal, in keinem Zusammenhange mit der Neubildung. Es gelang nur schwierig mit Hülfe zahlloser Unterbindungen, die weiche zerfallende Geschwulst aus ihren gefässreichen Verwachsungen mit den Därmen auszuschälen. Besonders innig war der Tumor mit dem Colon transversum in seiner ganzen Ausdehnung verwachsen; nachdem dasselbe abpräparirt war, zeigte sich, dass die Geschwulst ihren Sitz im Omentum majus hatte und mit 15 cm langer Basis von der Curvatura major ventriculi entsprang. Die Magenwandungen hingen nicht direct mit der Geschwulst zusammen, jedoch war die Basis derselben von den Gefässen der grossen Curvatur gespeist. Eine glatte Lostrennung erschien ohne Verletzung des Magens, resp. ohne Störung seiner Circulation nicht wohl möglich, und so wurde zunächst ein etwa 2 mm breiter Streifen längs der Curvatura major stehen gelassen und durch vielfache Umstechungen die abundante Blutung bei Abtragung und vollständiger Auslösung des Tumors gestillt. Die stehen gebliebenen Geschwulstfragmente wurden mit dem scharfen Löffel abgeschabt, mit dem Paquelin verschorft und mit fortlaufender Catgutnaht die Flächen aufeinandergenäht, so dass längs der grossen Curvatur eine ganz schmale Leiste entstand. Mehrere kleinere weiche gestielte Geschwülste wurden dann noch von der Bauchwand im Epigastrium und Hypogastrium entfernt. Am Schlusse der Operation war Patientin nahezu pulslos, erholte sich aber allmälig und machte eine ungestörte Reconvalescenz durch, so dass sie am 31. October, also nach etwa 6 Wochen, vollkommen geheilt entlassen werden konnte. Ueber ihr weiteres Schicksal habe ich nichts weiter in Erfahrung bringen können. Die Geschwulst erwies sich als weiches gefässreiches Carcinom.

Die zweite Gruppe der hierher gehörigen Fälle betrifft diejenigen, bei welchen eine maligne Erkrankung des Genitalapparates

vorliegt, die aber bereits das Peritoneum ergriffen hat und demnach nur eine theilweise Entfernung der erkrankten Theile möglich war.

Fall 10. Fr. W., 46 Jahre alt. Nie geboren. Aufgenommen am 29. Juni 1885. Seit 6 Wochen unbestimmte Schmerzen im Abdomen und bedeutende Zunahme seines Umfanges. Abdomen 89 cm im Umfange. Deutlich freier Ascites nachweisbar, eine unbestimmte Resistenz oberhalb der Symphyse links; dieselbe ist per vaginam deutlich zu fühlen, lässt sich aber nicht vom Uterus abgrenzen. Laparatomie am 11. Juli. Nach Entleerung von ungefähr 4 Liter ascitischer Flüssigkeit zeigt sich das Peritoneum von zahllosen weissen, malignen Knoten (Carcinom) bedeckt. Aus dem kleinen Becken ragt ein knolliger, cystischer Tumor heraus, der mit dem Uterus, den Därmen und der Beckenwandung allseitig verwachsen, sich nur theilweise entfernen lässt. Derselbe erweist sich als Carcinom des linken Ovarium. Der Rest wird in die Bauchwunde eingenäht. Langsame, aber vollständige Genesung. Bei der Entlassung (am 22. September) hat sich noch kein Ascites wieder eingestellt, doch fühlt man multiple kleinere Tumoren in der Bauchhöhle.

Fall 11. Fr. G., 42 Jahre alt. Fünf Mal geboren. Aufgenommen am 26. November 1891. Patientin kränkelt schon nach ihrer Angabe seit $2^1/_2$ Jahren, bemerkt aber erst seit August eine starke Zunahme ihres Leibes, die mit Schmerzanfällen von der linken Seite ausgehend verbunden war. Der Leib hat einen Umfang von 89 cm. Es liess sich nichts anderes als hochgradige Ansammlung von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisen. Uterus nur undeutlich durchfühlbar. Alle Organe gesund. Keine Oedeme, sondern starke Abmagerung. Laparatomie am 1. December. Nach Eröffnung des Cavum peritonei entleerten sich etwa 6 Liter klare bernsteinfarbige Flüssigkeit (spec. Gewicht 1020, mässig eiweisshaltig). Das ganze Peritoneum parietale und viscerale geröthet und mit zahllosen miliaren und submiliaren Knötchen bedeckt. Die Mesenterialdrüsen geschwellt. Beide Ovarien sind zu gänseeigrossen Tumoren umgewandelt, welche sich ohne grosse Mühe entfernen lassen. Das Peritoneum des kleinen Beckens ebenfalls mit zahllosen kleinen Knollen bedeckt. Beide Geschwülste bestehen aus weichem markigen Gewebe, das mit einigen wallnussgrossen Cystchen durchsetzt ist. Die mikroskopische Untersuchung, auch einzelne exstirpirte Knötchen, ergiebt Rundzellensarkom.

Die Kranke stirbt am 6. Tage nach der Operation unter den Erscheinungen der Peritonitis. Section nicht gemacht.

Fall 12. Fr. St., 24 Jahre alt. Ein Mal geboren. Aufgenommen am 20. Novbr. 1891. Seit 3 Wochen ist Patientin erst erkrankt an Schmerzen in der rechten Seite des Abdomen und zunehmendem Leibesumfange. Hier und da Erbrechen. Bei der Aufnahme lässt sich nichts Pathologisches nachweisen. Der Leib ist stark aufgetrieben, hart, zeigt zunächst überall tympanitischen Ton. Keine Organerkrankung irgendwie nachweisbar. Keine Oedeme. Uterus normal gross, rechtes Ovarium erscheint ein wenig

vergrössert. In etwa 10 Tagen verfiel Patientin zusehends, besonders infolge häufigen Erbrechens, gleichzeitig nahm der Leibesumfang deutlich zu (grösster Umfang 87 cm) und liess sich immer bestimmter freier Ascites in gewöhnlicher Weise feststellen. 2. December Laparatomie. Es entleereu sich aus der Peritonealhöhle etwa $4^1/_2$ Liter einer dünnen, opaken, weisslichen Flüssigkeit, die ein chylusartiges Aussehen hatte, beim Stehen nicht gerann, wohl aber beim Kochen. Spec. Gewicht 1010. Mikroskopisch frei von besonderen Bestandtheilen. Beide Ovarien zu gänseeigrossen, weicheu, markigen Geschwülsten degenerirt, deren Entfernung sehr schwer und mit starkem Blutverlust verbunden ist, da sie bei jeder Manipulation wegen der hirnähnlichen Consistenz zerreissen oder fast zerfliessen und zum Theil auf die Wandungen des kleinen Beckens übergehen. Von der Wirbelsäule fühlt man etwa in der Höhe des zweiteu und dritten Lendenwirbels ziemlich umfangreiche weiche Tumoren, wohl die vergrösserten Mesenterialdrüsen. Die Tumoren der Ovarien erweisen sich als grosses Rundzellensarkom. Die Kranke stirbt am Tage nach der Operation unter den Erscheinungen des Collapsus. Bei der Section zeigen sich kleine Sarkomknoten auf dem Peritoneum, Sarkomerkrankung der retroperitonealen Lymphdrüsen, kleine kirschkerngrosse Sarkomknoten in Leber, Nieren, Milz und im Knochenmark beider Oberschenkelknochen.

Fall 13. Frau M., 75 Jahre alt. Ein Mal vor 28 Jahren geboren. Aufgenommen am 17. September 1884. Stets gesund, bemerkte Patientin seit März Zunahme ihres Leibes und Schmerzen, besonders in der rechten Seite. Die Untersuchung zeigt mässige Ansammlung von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle (78 cm Umfang) und eine undeutliche harte Resistenz, über deren Natur nichts Sicheres zu ermitteln war, die bei genauer Untersuchung aus zwei Massen zu bestehen schien. Laparatomie am 22. September 1884. Reichliche Menge freier ascitischer Flüssigkeit fliesst ab. Die Serosa der Darmschlingen und das Peritoneum parietale wareu mit zahlreichen kleiuen zellartigen Knötchen bedeckt. Das rechte Ovarium in einen kindskopfgrossen festen cystischen Tumor umgewandelt, dessen Entfernung ohne grosse Schwierigkeit gelang und der sich als Cystocarcinom erwies. Patientin machte eine langsame, vielfach gestörte Reconvalescenz durch und konnte am 3. November geheilt entlassen werden, ohne dass sich wieder Ascites oder Knollenentwicklung im Abdomen nachweisen liess.

Fall 14. Frau J., 40 Jahre alt. Aufgenommen am 25. Januar 1891. Sechs Mal geboren; Patientin ist bis vor 6 Wochen vollkommen gesund gewesen. Seit dieser Zeit klagt die Kranke über Schmerzen im ganzen Leibe, Neigung zum Erbrechen und zunehmende Anschwellung des Leibes. Sämmtliche Organe gesund, soweit dieselben der Untersuchung zugänglich sind. Keine Oedeme. Leib stark aufgetrieben, 87,5 cm Umfang, enthält deutlich grosse Flüssigkeitsmengen in Form des freien Ascites. Uterus normal gross, hinter der Portio im Douglas ein etwa haselnussgrosses Gebilde, das bei Berührung schmerzhaft ist (Ovarium?), rechts ist eine geringe undeutliche Resistenz im Parametrium zu constatiren.

Laparatomie am 29. Januar 1891. Es entleeren sich zunächst etwa 5 Liter seröser, schwach blutig gefärbter Flüssigkeit. Das Peritoneum parietale, das Omentum majus, die Serosa der Därme mit zahllosen kleinen miliaren, hier und da bis kirschkerngrossen Knötchen besetzt, die sich als Carcinomknoten auch bei späterer histologischer Untersuchung erwiesen. Das linke Ovarium mehr als wallnussgross, höckerig von aufsitzenden Carcinomknötchen, ebenso das rechte, aber weniger gross. Beide werden leicht entfernt. Die Kranke stirbt 8 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen des Marasmus.

Section: Carcinoma pankreatis metastaticum, mesenterii, Hepatis, vesicae felleae, Diaphragmatis, pleurae.

Von den 5 Fällen dieser Kategorie, bei denen also maligne Erkrankungsherde im Abdomen zurückgelassen werden mussten, starben 3, jedenfalls nicht an den Folgen der Operation, sondern an der rapiden Entwicklung der malignen Erkrankung; 2 konnten geheilt entlassen werden, darunter eine 75jährige Frau. Ueber die weiteren Schicksale dieser beiden ist mir leider nichts bekannt geworden — allein wenn sie auch, wie wohl wahrscheinlich, später an Carcinom zu Grunde gegangen, so beweisen diese Fälle doch, dass wir durch die Laparatomie selbst unter ungünstigen Umständen das Leben verlängern und die Beschwerden mildern können, Resultate, mit denen wir bedauerlicherweise überhaupt bei den meisten wegen Carcinom vorgenommenen Operationen zufrieden sein müssen, selbst bei denen, wo der Chirurg glaubt, alles Krankhafte entfernt zu haben.

Jetzt bleibt noch die letzte Gruppe der Fälle von Ascites zu besprechen übrig, wo die Laparatomie maligne Erkrankung des Genitalapparates und des Peritoneum ergab, ohne dass irgend ein weiterer operativer Eingriff möglich war, in denen nichts zu entfernen war, Fälle, die also vollständig unter den alten Begriff der Probeincision oder der diagnostischen Laparatomie fallen, in denen also nach meiner Auseinandersetzung die Laparatomie gemacht wurde in der bestimmten Absicht, den Ascites zunächst zu beseitigen, nicht in alter Weise durch Punction, sondern durch Incision. Ich bemerke, dass ich in allen diesen und den früheren Fällen stets, wie schon oben gesagt, die erste Incision nur klein, etwa 3—6 cm gross mache und dieselbe erst dann erweitere, wenn durch den eingeführten Finger oder durch die Inspection nach Ablassung der Flüssigkeit sich die Möglichkeit eines weiteren operativen Eingriffes herausstellt.

Die Zahl dieser Fälle beträgt 5, von denen 2 gestorben, die anderen alle zunächst gebessert sind.

Fall 15. Frau Z., 45 Jahre alt. Aufgenommen am 3. September 1887. Seit Juni Auftreibung des Leibes, Dyspnoe, Schmerzen im Leibe. Freier Ascites, der unter unserer Beobachtung zunimmt. (91 cm Umfang.) Ganz undeutliche Massen oberhalb der Symphyse und per vaginam zu fühlen. Uterus und Beckenintestina nicht deutlich palpirbar, wegen der starken Füllung des Leibes. Keine anderweitige Erkrankung zu constatiren. Laparatomie am 5. October 1891. Peritoneum überall mit kleinen Krebsknoten bedeckt. Die Genitalorgane in eine unentwirrbare knollige Masse umgewandelt, allseitig mit den Därmen verwachsen. Von jedem Versuche die Krebsmasse zu entfernen, wird Abstand genommen. Die Kranke ging an Collapsus am nächsten Tage zu Grunde.

Section: Peritonitis ichorosa, Carcinoma duplex ovarii et peritonei. Myocarditis parenchymatosa.

Fall 16. Frau Schw., 45 Jahre alt. Aufgenommen am 9. April 1886. Patientin ist stets gesund gewesen, hat nie geboren, seit 7 Wochen fühlt sie sich schwach, empfindet Schmerzen im Leibe und Volumszunahme desselben. Es lässt sich mit Leichtigkeit freie Flüssigkeit im Abdomen in grosser Masse nachweisen, sonst nichts Pathologisches, auch nicht am Genitalapparat.

Laparatomie am 7. Mai 1886. Entleerung von etwa 12 Liter ascitischer Flüssigkeit, hellgelb, klar. Auf dem Peritoneum und Mesenterium massenhafte weisse, etwas über hirsekorngrosse Knötchen. Aus dem kleinen Becken treten grosse weiche Geschwulstmassen hervor, die vom linken Ovarium auszugehen scheinen, allseitig auf das Beckenperitoneum übergehen, so dass kein Versuch zu ihrer Entfernung gemacht wird. Die Kranke erholt sich von dem Eingriffe sehr gut, wird am 30. Juni auf eine andere Abtheilung verlegt. Ascites hatte sich nicht wieder eingestellt, dagegen waren grössere knollige Tumoren im Abdomen zu fühlen und es bestanden Erscheinungen einer chronischen Peritonitis.

Fall 17. Frau H., 72 Jahre alt. Aufgenommen am 22. Juni 1887. Zwei Mal geboren, abgesehen von den Beschwerden eines Leistenbruches und eines Prolapsus vaginalis ist Patientin bis vor 14 Tagen stets gesund gewesen. Seitdem Schmerzen im Leibe, Zunahme des Leibesumfanges, allgemeiner Kräfteverfall. Abdomen 95 cm Umfang. Hochgradiger Ascites, sonst keinerlei Störungen nachweisbar. Schwellung der Inguinaldrüsen.

Laparatomie am 28. Juni. Es entleeren sich weit über 4 Liter einer klaren gelben Flüssigkeit. Das Peritoneum ist mit zahllosen kleinen hirsekorn- bis haselnussgrossen weisslichen Knoten bedeckt. Im Becken eine faustgrosse, scheinbar vom linken Ovarium ausgehende, ziemlich festsitzende Geschwulst, von deren Entfernung Abstand genommen wurde. Patientin erholt sich sehr gut von dem Eingriffe, stirbt aber 14 Tage danach unter den Erscheinungen des Marasmus.

Fall 18. Frau Br., 58 Jahre alt. Aufgenommen am 14. Juli 1888. Neun Mal geboren. Bis April gesund gewesen, seitdem Leib-

schmerzen und Auftreibung des Leibes bei Abmagerung des übrigen Körpers. Grösster Umfang des Leibes 90 cm, bedingt durch freien Ascites, sonst nichts Pathologisches wahrzunehmen. Am 20. Juli 1888 Laparatomie. Es fliessen mehrere Liter einer trüben röthlichen Flüssigkeit ab. Das Omentum ist in einen knolligen festen Strang umgewandelt, die retroperitonealen Drüsen stark vergrössert. Das linke Ovarium in eine apfelgrosse harte, knollige Masse umgewandelt, die mit der Umgebung verwachsen. Die Bauchwunde wird geschlossen. Dauer der Operation 17 Minuten. Patientin wird erheblich gebessert, frei von Ascites am 14. August auf eine andere Abtheilung verlegt.

Fall 19. Frau L., 46 Jahre alt. Aufgenommen am 25. Juli 1889. Ein Mal geboren. Seit April Schmerzen und Zunahme des Leibes. Freier Ascites deutlich vorhanden, wenn auch nicht in sehr hohem Maasse. Undeutliche Resistenzen im kleinen Becken zu fühlen, sonst nichts Abnormes. Laparatomie am 3. August 1889. Es entleeren sich etwa 2 Liter blutig gefärbter seröser Flüssigkeit. Omentum und, soweit zu fühlen, das Peritoneum mit zahlreichen carcinomatösen Wucherungen bedeckt. Das rechte Ovarium in einen reichlich apfelgrossen festen höckerigen Tumor umgewandelt. Schluss der Bauchhöhle. Dauer der Operation 12 Minuten. Patientin wird am 23. August verlegt, nachdem sich wieder etwas Ascites angesammelt hat und knollige Tumoren deutlicher durch die Bauchdecken durchzufühlen sind.

Diese fünf an und für sich gewiss unglücklichen und unheilbaren Fälle beweisen aber wohl vollkommen die von mir aufgestellte Behauptung, dass die Incision der Bauchdecken behufs Ablassung des Ascites nicht mehr geschadet, als eine Punction nach alter Weise, dass die Incision aber jedenfalls eine weit vollständigere Entleerung der angesammelten Flüssigkeit gestattet hat, vor allen Dingen aber absolute Klarheit über die Natur des Leidens geschafft und damit die Unmöglichkeit weiterer Heilbestrebungen nachgewiesen hat. Endlich möchte ich noch drei Fälle von Ascites hier anführen, bei denen die Incision nicht nur die Natur des Leidens nachwies, sondern auch gestattete, sofort eine Beseitigung desselben auf operativem Wege daran zu schliessen.

IV.

Fälle von freiem Ascites mit gutartiger Erkrankung des Genitalapparates.

Fall 20. Fr. Schw., 57 Jahre alt. Neun Mal geboren. Aufgenommen am 4. August 1890. Menopause seit 1 Jahr. Ungefähr seit dieser Zeit will Patientin eine Geschwulst in ihrem Leibe bemerkt haben, die ihr aber keine erheblichen Beschwerden verursacht. Erst seit 3 Wochen traten unter rascher Zunahme des Leibesumfanges Beschwerden auf; das Gefühl von Spannung, Schmerzen im Leibe, Kreuzschmerzen, Urin-

beschwerden und Prolapsus vaginae. Das Abdomen ist sehr stark ausgedehnt (103 cm Umfang), bedingt, wie sich leicht nachweisen lässt, durch freien Ascites. Eine Geschwulst im Abdomen lässt sich mit Sicherheit nicht nachweisen. Die Untersuchung der übrigen Körperorgane ergiebt nichts Pathologisches. Laparatomie am 6. August 1890. Nach Entleerung einer ungemein grossen Masse hellgelber ascitischer Flüssigkeit präsentirt sich ein knapp kindskopfgrosser harter Tumor, der langgestielt an der linken Uteruskante ausgeht, leicht abgebunden wird. Die rechte Niere ist nach unten gesunken, liegt quer vor der Wirbelsäule. Der Uterus wird in die Bauchwunde eingenäht. Der Tumor ist vollständig solid, sehr derb, besteht aus festem Bindegewebe mit vielen elastischen Fasern. Fibroma ovarii sinistri. Glatter Heilverlauf. Am 30. August geheilt entlassen. Prolapsus vaginae gehoben.

Fall 21. Frau T., 35 Jahre alt. Fünf Geburten. Aufgenommen am 5. October 1887. Seit einem Abortus vor 6 Jahren will Patientin an unregelmässigen Blutungen gelitten haben, ist von einem Arzte operirt (Curettement?) und seitdem wieder gesund. Seit 7 Wochen bemerkt Patientin eine stets zunehmende Auftreibung des Leibes mit Druck- und Schmerzempfindungen, Athemnoth und Drängen nach unten. Umfang des Leibes 97 cm. Freier Ascites leicht nachweisbar, sonst nirgends irgend eine pathologische Veränderung zu constatiren, auch keine Geschwulst im Abdomen zu finden. Am 14. October Laparatomie. Aus der Bauchwunde entleeren sich fast 5 Liter einer hellgelben klaren Flüssigkeit. Im Abdomen lässt sich nichts weiter auffinden, als eine etwa hühnereigrosse cystische Geschwulst, die rechts gestielt am Uterus ansitzt und die unzweifelhaft der Tube angehört, denn das Ovarium der betreffenden Seite ist leicht als normal nachzuweisen. Dieser Tubarsack ist mit Dünndarmschlingen verwachsen, die leicht zu trennen sind. Bei der Entfernung des Tubarsackes zerreisst derselbe und entleert eine braune schmutzige Flüssigkeit, die leider nicht genau untersucht werden konnte. Vollkommen glatter Verlauf. Geheilt entlassen am 14. November. Die Untersuchung der Tubarwand zeigte keine tuberkulöse Erkrankung.

Fall 22. Frau Gotth., 59 Jahre alt. Aufgenommen am 21. April 1885. Gesund gewesen bis zum Jahre 1877, seitdem will sie an „Bauchwassersucht" gelitten haben, ist drei Mal von anderer Seite punctirt und dann 1880 operirt worden. (Laparatomie, doch konnte nicht festgestellt werden, was damals gefunden worden war.) Starker Umfang des Abdomen (97 cm), bedingt durch freien Ascites, auch in den Bruchsäcken doppelseitiger Cruralhernien Flüssigkeit. Durch die Diastase der Recti abdominis infolge der ersten Laparatomie kann man nur undeutlich einige kleinere Tumoren durchfühlen, über deren Ausgangspunkt und Natur sich nichts feststellen lässt. Am 4. Mai 1885 Laparatomie. Es entleert sich eine grosse Masse grüngelber ascitischer Flüssigkeit, und man findet einen über kindskopfgrossen cystischen Tumor, der, vom linken Ovarium ausgehend, mit dem Uterus durch einen kurzen Stiel verbunden ist und leicht in gewohnter Weise entfernt werden kann. Die Geschwulst zeigt sich als ein Kystoma ovarii,

in welchem keinerlei maligne Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Glatte Genesung. Geheilt entlassen am 6. Juni 1885.

Durch welche Ursache in diesen drei an und für sich nicht ungewöhnlichen Fällen eine so bedeutende Flüssigkeitsansammlung im Abdomen entstanden war, liess sich bei der Operation nicht aufklären und auch späterhin in keiner Weise feststellen. Sicher ist aber, dass in allen diesen drei Fällen die Punction gewiss keine klare Auffassung über die Natur des zu Grunde liegenden Leidens gegeben hätte. Im 1. und 3. Falle würde man nach der Punction die grösseren Tumoren deutlich gefühlt haben, würde sie aber vielleicht wegen des Ascites für maligne gehalten und vielleicht von der operativen Entfernung Abstand genommen haben. Im 2. Falle würde gar kein sicherer Aufschluss über das Grundleiden durch die Punction zu erhalten gewesen sein. Die Eröffnung der Bauchhöhle behufs Ablassung der ascitischen Flüssigkeit brachte sofort die Geschwulst und die Möglichkeit ihrer leichten Entfernung für Finger und Auge klar zu Tage und die Operation konnte ohne Zögern mit vollkommen günstigem Ausgange für die Kranke ausgeführt werden.